

An die

Tag des Eingangs des Antrages  
(von der Geschäftsstelle auszufüllen)

Geschäftsstelle des  
Zulassungsausschusses  
für Psychotherapie Westfalen-Lippe  
Robert-Schimrigk-Str. 4 - 6  
44141 Dortmund

**Antrag auf Genehmigung gemeinsamer Ausübung  
vertragstherapeutischer Tätigkeit bezogen auf einzelne  
Leistungen (Teilberufsausübungsgemeinschaft)**

1. Herr / Frau \_\_\_\_\_

Fachgruppe(n): \_\_\_\_\_

Praxissitz: \_\_\_\_\_

und

2. Herr / Frau \_\_\_\_\_

Fachgruppe(n): \_\_\_\_\_

Praxissitz: \_\_\_\_\_

3. Weitere Leistungserbringer: S. gesonderte Aufstellung





Die einzelnen Leistungen sollen unter folgender Anschrift

---

---

in einem Tätigkeitsumfang von \_\_\_\_\_ Stunden  
pro Woche und pro Antragsteller erbracht werden.

---

(Ort, Datum)

---

(Unterschrift **aller** Antragsteller)